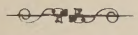
Acht Fälle

von

Rhinophym.



Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen medicinischen Fakultät

der

Königl. Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Gustav Pottgiesser

prakt. Arzt

in Dortmund.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

WÜRZBURG.

Paul Scheiner's Buchdruckerei (Dominikanergasse 6).

1899.

Referent:

Herr Geh. Medizinalrat Hofrat Prof. Dr. Schönborn.

Dem Namen Rhinophyma begegnen wir in der Litteratur zum ersten Male bei *Ferdinand Hebra.*[1] Derselbe lässt diese Geschwülste an der Nase durch Gefäss- und Zellgewebsneubildung entstehen und beschreibt dieselben als eine Acneform III. Grades, indem er sagt: Wenn es unter einer fortschreitenden Entwickelung des so begonnenen Processes endlich zu einer monströsen Verunstaltung der Haut des Gesichtes und insbesondere der Nase kommt, wodurch letztere in ihren Dimensionen nach einer oder der anderen Richtung oder auch allseitig aussergewöhnlich zunimmt, so würden wir dies für den höchsten und dritten Grad der Acne rosacea gelten lassen können. Nach *Ferdinand Hebra* bestehen die anatomischen Veränderungen in der Nasenhaut in einer bedeutenden Vascularisation, in Bindegewebsneubildung und Hypertrophie der Follikel.

Kaposi[2] rechnet diese Neubildung ebenfalls zur Acne rosacea. Er schreibt:

Der dritte oder höchste Grad der Acne rosacea wird von dem als exquisiter „Kupferhandel" bekannten Zustand der Nase gebildet, bei welchem auf derselben

[1] *Hebra.* Atlas der Hautkrankheiten. Heft VII. Tafel 6.

[2] *Kaposi.* Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1893. 4. Auflage pag. 538.

rundliche und unregelmässig gestaltete, neben und übereinander sich aufthürmende, manchmal auch überhängende, geschwulstartige, lappige Auswüchse von weich elastischer Consistenz entstehen, deren allgemeine Decke reichlich von feinen bis rabenkieldicken Gefässen durchzogen, von Comedonen und Acnepusteln besetzt erscheint — die sogenannte Pfundnase. Sie kann kolossale Dimensionen erreichen, die Lappen können bis auf die Opperlippe herabhängen und die abenteuerlichste Gestalt annehmen — Rhinophyma.

Eine andere Form entwickelt sich nach demselben Autor als gleichmässige Hypertrophie der häutigen Nase, welche verbreitert und mit rüsselartig verlängerter, wulstiger Spitze hervorragt.

Kaposi lässt diese Geschwülste sich zusammensetzen aus neugebildetem, gallertartigen Bindegewebe, durch Ausdehnung und Hypertrophie der Talgdrüsen und Neubildung von oberflächlich lagernden Gefässen in der Haut.

Simon[3] ist der erste, welcher einen mikroskopischen Befund der Knollennase mitteilt und dieselbe als Acne hyperplastica beschreibt; er führte die höckerige Verdickung der Nase auf ein völlig ausgebildetes Bindegewebe zurück; die Talgdrüsen der Nasenhaut waren stark erweitert und mit festem Hauttalg angefüllt.

H. v. Hebra[4] beschreibt treffend das Rhinophym folgendermassen:

Mit dem Namen Rhinophyma belegt man ein Neo-

---

[3] *G. Simon.* Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Band III 2. Auflage 1851; pag. 362.

[4] Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis. Wien 1881; pag. 603.

plasma an der Nase, welches eine wesentliche Intumescenz derselben hervorruft. Die Verdickung erfolgt selten gleichmässig an allen Stellen, sondern meist ungleichmässig, wodurch sich eine gelappte, höckerige Oberfläche entwickelt. Diese Lappen sitzen manchmal mit breiter Basis auf, in anderen Fällen sind sie gestielt, wodurch sie eine gewisse Labilität erlangen und bei jeder Bewegung des Kopfes schlottern. Je nachdem, ob sich diese Lappen seitlich oder an der Spitze mächtiger entwickeln, bekommt die Nase eine grössere Breite oder Länge. Im ersteren Falle kann sie so breit werden, dass die Lidspalte dadurch teilweise gedeckt wird, im zweiten so lang, dass sie bis über die Oberlippe herabreicht. Die Menge und Grösse der Lappen sind grossen Verschiedenheiten unterworfen. Man findet Nasen, an denen nur drei grosse (zwei seitliche und ein vorderer) Lappen sich befinden, und wieder andere, bei denen die Zahl der Auswüchse zehn und mehr sind.

Die Farbe solcher Nasen ist nicht stets dieselbe, meist ist sie roth, blauroth, zu anderen Malen aber auch schiefergrau, in seltenen Fällen weicht sie von der normalen Färbung kaum ab. Bei genauer Besichtigung findet man meist breite rothe, blaurothe Streifen an der Oberfläche, die sich als stark ausgedehnte Blutgefässe erkennen lassen; diese Erscheinung kann aber auch vollkommen fehlen.

Die Consistenz dieser Tumoren ist eine teigig weiche. Die Oberfläche ist glänzend, sehr fett, mit zahlreichen kleineren und grösseren Poren versehen, aus denen sich bei dem geringsten Drucke grosse Mengen Talg entleeren lassen, der einen unangenehmen, ranzigen Geruch verbreitet.

Das Gebilde ist meist auf die Nase allein beschränkt und nimmt von der Spitze gegen die Nasenwurzel an Intensität der Entwickelung ab. In seltenen Fällen werden auch die benachbarten Partien der Wangen und der Augenbrauenbogen davon ergriffen. Ausser dem Gefühle der Schwere und der Behinderung im Sehen und bei Bewegungen des Mundes in hochgradig entwickelten Fällen, hat der davon Befallene keinerlei unangenehme Empfindungen.

Die ersten Anfänge der Intumescenz erfolgen sehr langsam, bald aber wächst sie rascher und entwickelt sich im Verlaufe weniger Jahre zu beträchtlicher Grösse, auf der sie dann durch sehr lange Zeit unverändert persistiert. Bei jugendlichen Individuen wird das Übel nicht beobachtet, das reifere Alter, um die Fünfziger herum, ist es, in welchem diese Erscheinungen auftreten.

Was den histologischen Bau dieser Neubildungen anbetrifft, so kann man nach *H. v. Hebra*, welcher Schnitte von zwei Präparaten ausführlich beschreibt, kurz dahin resumieren, dass zur Entwickelung des Rhinophyma die Bindegewebsneubildung nebst den aus den vermehrten und dilatierten Blutgefässen etwa stammenden Gewebselementen die Hauptursache abgibt. Durch Vermehrung der Faserzüge, Verdickung des Unterhautzellgewebes und des bindegewebigen Anteiles der Haut allein muss eine Massenzunahme hervorgerufen werden; durch die vielfältige Teilung der einzelnen Drüsenlappen in mehrere Läppchen, gleichzeitige Proliferation von Drüsenelementen und Production von ganz erstaunlichen Mengen von Talg, der nur äusserst träge entleert wird, und so durch Rückstauung eine weitere Ausdehnung der Drüsenwand

hervorruft, — erreicht die Neubildung ihre monströsen Formen. Wir finden daher, dass der Process als eine Hyperplasie der Haut der Nase und der angrenzenden Bezirke der Wangen und Stirnhaut angesehen werden muss. Mit Ausnahme derjenigen epithelialen Gebilde, welche die Bedeckung der Lederhaut bezwecken, participieren sämmtliche Gewebe an dieser Hyperplasie. Am meisten ist dieselbe in den Talgdrüsen entwickelt, die zu cystenartigen Gebilden umgewandelt sind.

Lassar erklärt die anatomischen Veränderungen bei Rhinophyma entstanden durch Vergrösserung und cystische Entartung der Talgdrüsen, um welche sich eine Entzündung mit nachfolgender Bindegewebshypertrophie bildet. Er nennt diese Neubildung Cystoadenofibrom. *Unna*[5] beschreibt in seinem Lehrbuche das Rhinophyma als Folgezustand der Rosacea seborrhoica, welche schliesslich zur fibromatösen Wucherung und Talgdrüsenhypertrophie führt. *Unna* unterscheidet auch zwischen Rosacea und Acne, indem er die bei Acne stets nachweisbaren Chorioplaxen und Riesenzellen und Plasmazellen bei der Rosacea vermisst.

Eine ausführliche histologische Beschreibung des Rhinophyms ist neuerdings erschienen von Dr. *Dohi*[6] aus der dermatologischen Klinik Professors *Kaposi*. Dieser Forscher neigt der Ansicht zu, dass durch Angioneurose die nutritive Störung der Gewebe zustande kommt und aus dieser die Erweiterung und Neubildung der Gefässe, Neubildung des Bindegewebes und Hypertrophie der Talgdrüsen resultiert.

Wir sehen also, dass die verschiedenen Autoren,

---

[5] Histopathologie der Hautkrankheiten 1894; pag. 237.

[6] Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896. Band XXXVII; pag. 361.

die über Rhinophyma geschrieben haben, in ihrer Beschreibung des klinischen Befundes und der pathologisch anatomischen Veränderungen eine grosse Übereinstimmung zeigen. Es geht endlich aus dem Studium der Litteratur hervor, was vom Standpunkte moderner Wissenschaft von Interesse ist, dass niemals mit Erfolg der Versuch gemacht ist, die Erkrankung ätiologisch auf die Einwirkung irgend eines Mikroorganismus zurückzuführen. Nach der Natur der Entstehung hätte ja auch eine solche Anschauung eigentlich recht wenig Wahrscheinlichkeit für sich gehabt.

Ich hatte nun durch die gütige Erlaubnis des Herrn Sanitätsrat Dr. *Gerstein* in Dortmund schon als Student während der Ferien Gelegenheit, mich im städtischen Luisenhospitale zu beschäftigen und war später als Volontairarzt und prakt. Arzt unter Herrn Dr. Fabry auf der Station für Dermatologie und Syphilis thätig. Letzterem Herren verdanke ich die Anregung zu dieser Arbeit und spreche ich ihm für die Überlassung von acht Fällen von hochgradigem Rhinophym zu einer Dissertation und für bereitwilligste Unterstützung mit Photographien und mikroskopischen Präparaten bei der Bearbeitung an dieser Stelle meinen tiefgefühltesten Dank aus.

Ich lasse jetzt eine kurze Beschreibung der Fälle folgen und weise auf die beigegebenen Abbildungen hin.

I. Fall. Gerstkamp, 70 Jahre alt, Invalide, Dortmund.

Die Erkrankung besteht bei Patientem bereits seit langen Jahren und hat sich ganz allmählich zu der jetzigen Stärke entwickelt. In letzter Zeit hatten sich infolge der Grösse der Geschwulst starke Beschwerden

eingestellt. Wenn Patient nämlich auf der linken Seite schläft, — dort befindet sich der grössere Tumor, welcher fast faustgross ist, während die Abbildung die weniger entwickelte Seite zeigt, — so wird die Luftpassage zur Nase vollständig verlegt und der Patient ist gezwungen, mit offenem Munde zu schlafen. Es braucht wohl kaum erwähnt zu werden, dass auch die liebe Strassenjugend den so auffällig Entstellten nicht in Ruhe liess.

Patient liess sich im Frühjahr 1891 in das städtische Luisenhospital aufnehmen zwecks Beseitigung der Geschwulst und der zahlreichen Acneknötchen an Stirn und Wangen. Es handelt sich bei ihm um die Knollenform des Rhinophyma. Der Naseneingang ist erweitert, sodass man bequem den Daumen einlegen kann. In Narkose wurden durch ovaläre Keilexcisionen sowohl der grosse Tumor der linken Seite, sowie der kleinere der rechten Seite entfernt. Grössere Blutungen wurden durch Unterbindung, kleinere durch die Naht ohne Mühe gestillt, die Heilung erfolgte reactionslos. Nach vier Tagen Entfernung der Nähte, wenige Tage darauf wurde Patient aus dem Krankenhause geheilt entlassen. Der Erfolg der Operation blieb in diesem Falle ein guter. Patient wurde später wiederholt untersucht und wurde constatiert, dass die Heilung Stand gehalten hatte. Im Jahre 1896 starb Patient an Apoplexie; es war also 5½ Jahre keine Nachoperation nötig gewesen.

II. Fall. Woltermann, 68 Jahre alt, Arbeiter in Dortmund.

Während der erste Fall das typische Bild multipler Knollenbildung darbot, zeigt sich hier die sel-

tenere Form der Rüsselbildung (siehe Abbildung). Die Erkrankung bestand auch hier seit langen Jahren und machte, abgesehen von der Entstellung, gar keine Beschwerden; dennoch entschloss sich Patient gerne dazu, die Neubildung operativ entfernen zu lassen, da er den Spott und Hohn der Strassenjugend nicht mehr ertragen konnte. Die Nase hat sich rüsselförmig derart verlängert, dass sie die Oberlippe und den Mund vollständig bedeckt. Zur Bildung von Höckern ist es in diesem Falle nicht gekommen, sondern die Oberfläche ist eben und glatt, allerdings sieht man allenthalben erweiterte Poren. An Stirn und Wangen zahlreiche Acneknötchen. Operation im Jahre 1890. Es gelingt durch einen Ovalärschnitt genau in der Mittellinie des Nasenrückens in Narkose den Haupttumor, der die verlängerte Nasenspitze einnimmt, zu entfernen. Sehr starke Blutung aus den erweiterten Gefässen, die jedoch bald durch Unterbindungen und Naht gestillt wird. Heilung per primam intentionem. Patient lebt heute noch. In der Narbe haben sich aber im Laufe der Jahre kleine Recidive entwickelt, die Patienten jedoch nicht allzu sehr entstellen und die durch kleine Nachoperationen mit dem Galvanocauter hätten in Schranken gehalten werden können, wenn Patient sich nicht vollständig der weiteren ärztlichen Controle entzogen hätte. Der ursprüngliche Operationserfolg ist an der Abbildung ersichtlich.

III. Fall. Herr Weber, 72 Jahre alt, Bauunternehmer in Dortmund. Die Krankheit besteht seit vielen Jahren, bisher ohne jegliche Behandlung. Der objektive Befund ergibt sich aus der Abbildung. Ausgesprochene Knollenform, keinerlei Beschwerde. Ope-

ration: Einführung eines Bolzens zuerst in den rechten, später in den linken Nasengang, flache Abtragung aller Prominenzen mit dem Scalpell, energische Cauterisation mit dem Flachbrenner des Paquelin zwecks Stillung der Blutung und Glättung der Wundflächen. — Man mag noch so energisch abtragen, bei der starken Blutung werden zu leicht kleinere Prominenzen übersehen und diesem Übelstande hilft die nachfolgende Cauterisation am einfachsten ab.

Keine Transplantation nach Abstossung des Cauterisationsschorfes, indem gar bald vom Rande her und auch in der Mitte zahlreiche Epithelinseln von dem Reste der cystisch erweiterten Talgdrüsen sich bilden. Bei der Nachbehandlung wird in erster Linie Sorge getragen, dass durch energische Lapisätzung die Granulation gut in Schranken gehalten wird. Bis zur völligen Überhäutung bleibt die Behandlung eine klinische. Das Resultat zeigt die Abbildung. Patienten habe ich wiederholt in den letzten Jahren nach der Operation gesehen. Die Heilung hat vollständig Stand gehalten und ist das kosmetische Resultat als ein ideales zu bezeichnen.

IV. Fall. Herr Blothe, 44 Jahre alt, Kaufmann aus Herdecke bei Dortmund. Patient hat ursprünglich an einfacher Acne gelitten. Bereits vor zehn Jahren wurde eine Volumszunahme der ganzen Nase constatiert und hier und da traten einzelne Prominenzen hervor. Eine konsequente Behandlung hat Patient jedoch nicht durchgeführt, und so wurde dann im Laufe der Jahre die Verunstaltung immer grösser. Ausgesprochene Knollenform. Anderweitig war bei ihm eine Excision durch ovaläre Schnitte und Nahtvereinigung

vorgenommen, hatte aber wenig Erfolg gehabt, da die Abbildung den Patienten zwei Jahre nach Vornahme der ersten Operation mit einem sehr entstellenden Recidiv zeigt. Die Operation wurde im städtischen Krankenhause im März 1898 in Narkose vorgenommen und zwar in derselben Weise wie bei Fall III. Heilung mit gutem, kosmetischen Erfolg nach drei Wochen. Patient ist nach eingezogenen Erkundigungen bis heute von einem Recidiv freigeblieben. Der Erfolg der Behandlung ist also ein recht guter, bedeutend besser, wie bei der Methode der einfachen Excision.

V. Fall. Herr Küppers, 60 Jahre alt, Unternehmer in Dortmund. Dieser Patient wurde im Jahre 1889 wegen Acne an der Stirne, den Wangen und der Nase damals noch ohne irgend welche Hypertrophie mit Schälpasten behandelt und für kurze Zeit geheilt. Im Anschluss an diese Acne entwickelte sich im Laufe der Jahre an der Nase die Hypertrophie in Gestalt verschiedener erbsengrosser Tumoren, die sich als recht entstellende Prominenzen präsentieren; auch ist das Volumen der Nase in toto grösser geworden. Die Nasengänge sind bedeutend vergrössert, sodass der untersuchende Finger leicht eindringen kann. Insgesammt ist die Entstellung eine sehr hochgradige und dies zwingt den Patienten, sich einer Operation im städtischen Krankenhause im Januar 1898 zu unterziehen. Operation und Nachbehandlung genau wie in den Fällen zuvor. Auch hier ist das Resultat bis heute ein günstiges geblieben.

VI. Fall. Herr Kohleppel, 68 Jahre alt, Gutsbesitzer in Langendreer bei Dortmund. Die Entstellung

der Nase besteht seit langen Jahren. Patient leidet nebenbei an typischer Acne vulgaris. Die Knötchen befinden sich an Stirn und Wangen. Die Nase ist in toto in allen Dimensionen vergrössert, die Hauptentstellung wird jedoch hervorgerufen durch zwei rundliche, fast haselnussgrosse Tumoren rechts und links an der Nasenspitze. Da Patient wegen sonstiger Krankheiten — Prostatahypertrophie, Mastdarmstrictur etc. — sehr leidend ist, so möchte er sich nicht gern einer Radicaloperation unterziehen, daher wird ihm der Vorschlag gemacht, die beiden rundlichen, prominenten Tumoren abtragen zu lassen, da voraussichtlich so schon ein verhältnismässig gutes kosmetisches Resultat erzielt würde und dieser operative Eingriff ohne Narkose leicht auszuführen sei. 13. X. 1898 wurde im städtischen Krankenhause die Operation vorgenommen. Die beiden Tumoren wurden mit Aethylchlorid stark angefroren und mit dem Scalpell abgetragen, Stillung der Blutung mit dem Paquelin. Nachbehandlung mit Quecksilberpflaster und Zinkpflastermull, (Marke Beiersdorf). Kosmetischer Erfolg verhältnismässig gut, da es ja keine Radicaloperation war. Leider sollte sich Patient des Erfolges der Operation nicht lange freuen, indem er noch im Laufe des Winters an den Folgen seiner sonstigen Leiden starb.

VII. Fall. Herr Knepper, 36 Jahre alt, Gastwirt in Dortmund. In diesem Falle handelt es sich nicht um eine sehr hochgradige Entwickelung der Krankheit, dennoch lag ein ausgesprochenes Rhinophyma vor. Das Volumen der Nase war in toto um etwa ein Viertel vergrössert und hier und da begannen sich flache Prominenzen zu bilden. Auch dieser Patient

hatte einige Jahre zuvor wegen einer hartnäckigen Nasenacne eine Schälkur und zwar nach vorheriger Schnittstichelung durchgemacht. 13. X. 1897 flache Abtragung aller Prominenzen nach Einfrieren mit Aethylchlorid. Blutstillung mit Eiscompressen. Nachbehandlung mit Salicylquecksilberpflastermull, (Marke Beiersdorf). Das Resultat ist ein gutes, ein Recidiv ist bis heute nicht eingetreten. Es muss allerdings bemerkt werden, dass ja der Fall noch nicht ein sehr weit vorgeschrittener war.

VIII. Fall. Herr Trappmann, 65 Jahre alt, Kaufmann in Dortmund. Derselbe hat im Jahre 1889 wegen Acne vulgaris nasi damals noch ohne Hypertrophie schon eine Schälkur nach vorhergegangener Stichelung durchgemacht. Unter unseren Augen hat sich nun im Laufe von 10 Jahren das Rhinophyma entwickelt, das nunmehr einen sehr hohen Grad erreicht hat und recht entstellend ist. Ausgesprochene Knollenform, die der Nase ein unregelmässiges, schwammiges Aussehen gibt. Patient will sich demnächst der Operation unterziehen.

Aus diesen Krankengeschichten geht hervor, dass es sich um gutartige, im Verlaufe vieler Jahre allmählich entstandene Geschwulstneubildungen handelt, welche mit Vorliebe im höheren Alter entstehen, ausschliesslich das männliche Geschlecht befallen, weiter keinerlei Beschwerden verursachen und nur wegen der durch sie bedingten Entstellung zur Operation gelangen. Die Prognose quoad vitam ist deshalb stets als eine gute zu bezeichnen. Über die Entstehungsursache dieser Neubildungen ist noch wenig bekannt.

Bis vor kurzem wurde allgemein der Alkoholmissbrauch dafür verantwortlich gemacht. Doch sind gerade in der letzten Zeit viele Fälle von Rhinophym beschrieben oder vorgestellt worden, wo abusus alcoholicus als ätiologisches Moment vollständig ausgeschlossen war, vielmehr spielten hier Kälte, Magenkatarrhe, vor allen Dingen aber Vererbung die Hauptursache zur Entwickelung des Rhinophyms. Auch in unseren acht Fällen war Alcoholismus, abgesehen von Fall II, ausgeschlossen. Für die Kürze der Zeit der Beobachtung ist die Zahl eine verhältnissmässig grosse, wenn man bedenkt, dass die acht Patienten mit Ausnahme von zweien das engere Dortmund betreffen.

Wenn wir nun einige Augenblicke bei dem mikroskopischen Befunde verweilen, auf den wir ja bei der Besprechung der Litteratur wiederholt Gelegenheit hatten einzugehen, so geschieht dies nicht etwa, weil wir neue diesbezügliche Daten beizubringen imstande wären, — wir wollten ja in unserer Abhandlung gerade die operativen Methoden bearbeiten — sondern um kurz zu berichten über von uns selbst angestellte mikroskopische Untersuchungen. Dazu standen uns eine ganze Reihe von mikroskopischen Präparaten der pathologischen Sammlung des städtischen Krankenhauses zur Verfügung. Die Präparate stammen zum Teil von dem Falle I, zum Teil vom Falle II. Sie waren gefärbt nach verschiedenen Methoden: mit Hämatoxylin, Picrocarmin, Bismarckbraun u. s. w. Da die Präparate aus dem Jahre 1890 und 91 stammen, so haben manche neuere Färbemethoden keine Berücksichtigung gefunden. Wir verweisen diesbezüglich auf die Arbeit von *Dohi*.

Die auffallendste Erscheinung in den Schnitten

ist nun die ganz kolossale Vergrösserung der Talgdrüsen, welche so stark ausgesprochen ist, dass eine Drüse auch bei schwächeren Vergrösserungen das ganze Gesichtsfeld einnimmt. Die Vergrösserung der Talgdrüsen ist nicht nur eine passive rein cystische, hervorgerufen durch Stauung des Sekrets in den Ausführungsgängen, sondern es handelt sich zum Teil um eine active Hyperplasie der Drüsenläppchen durch active Gewebsproliferation.

Was in zweiter Linie auffällt, ist eine sehr starke Hypertrophie des Bindegewebes der Cutis und Subcutis mit Ectasien der kleinsten Gefässe, welch letztere Erscheinung sich ja auch schon klinisch bemerkbar macht. In dem hypertrophischen Bindegewebe finden sich eingelagert Herde rundzelliger Infiltration und eben solche Infiltration längs den Gefässen. Inwieweit Mastzellen, Plasmazellen an der Infiltration beteiligt waren, liess sich aus den nach früheren Methoden gefärbten Präparaten nicht eruieren; wir verweisen diesbezüglich nochmals auf die Arbeit von *Dohi,* die dem Gegenstande näher tritt. Riesenzellen fanden sich in unseren Schnitten nicht.

Da die Ausführungsgänge infolge der Hypertrophie der Talgdrüsen langgezogen in die Cutis hineinragen, so kommt es im mikroskopischen Bilde vor, dass kleinzellige Infiltration direct um den Ausführungsgang gelagert, diesen komprimiert; für die Secretstauung kommt dadurch ausser der Verstopfung der Talgdrüsen ein neues Moment, das der Compression durch Gewebswucherung hinzu. Das bringt uns auf eine Erscheinung, auf welche in der Litteratur bereits hingewiesen wurde und welche wir nach unseren Präparaten bestätigen können. Die Verstopfung der Talg-

drüsenausführungsgänge kommt nicht allein durch Stauung und Eintrocknung des Secrets zustande, sondern es ist entschieden mitbeteiligt eine Zellwucherung ausgehend vom Epithel der Drüsenausführungsgänge. Das Epithel findet sich in mehreren Schichten übereinandergelagert und wir fanden, was wichtig ist, an diesen Stellen Kernteilungsfiguren. Den ersten Anstoss zu der Secretstauung wird gewiss die einfache Verstopfung des Ausführungsganges geben, durch den Reiz des gestauten und an den Wänden des Ausführungsganges anklebenden Secrets kommt es dann zur Zellwucherung vom Epithel aus.

Damit wären die wesentlichsten pathologischen Momente hervorgehoben; im übrigen finden wir verhältnismässig normale Verhältnisse. Die Schweissdrüsen zeigen nichts Abnormes, wohl finden wir auch in dem Gewebe um die Drüsen Rundzellenansammlung. Der epitheliale Anteil der Haut zeigt im allgemeinen keine Hypertrophie, nur an einzelnen Stellen findet sich in der Nähe der Talgdrüsenausführungsgänge Epithelwucherung. Wenn wir also resumieren, so wird die Geschwulst des Rhinophyma gebildet zunächst durch die kolossal erweiterten Cysten der Talgdrüsen; die Hauptmasse aber wird gebildet durch eine Wucherung im Bindegewebe; die übrigen Veränderungen haben eine untergeordnetere Bedeutung.

Die Behandlung dieser hochgradigen Rhinophyme kann natürlich nur eine chirurgische sein. Es kommen hier hauptsächlich zwei Methoden in Betracht:

1. Die Excision der Geschwülste und Vereinigung der Wunden durch die Naht.
2. Die Abtragung der Geschwülste und Neumodellierung der Nase.

Dupré[7] berichtet über einen Fall einer durch Burgunderwein stark geschwollenen und verunstalteten Nase, bei der er keilförmige Excisionen wie aus einer Melone machte, die blutenden Wundränder mit dem Thermokauter bestrich und alsdann nähte (vergl. Fall II der Krankengeschichten) und *Ohmann Dumesnil*[8] erzielte Heilung durch Abtragung der hypertrophischen Teile mit dem Messer, Adaption und Naht der entstehenden Lappen, Jodoformcollodiumverband. *G. Lewin*[9] pflegt die hypertrophischen Talgdrüsen, in denen sich grosse Secretmassen angehäuft haben, mittelst scharfer Löffel zu entfernen.

Bei beginnendem Rhinophym kommt man eventuell mit einfacher Stichelung und Scarification aus, aber diese Methode schützt nicht sicher vor Recidiven. Die beste Methode ist jedenfalls die Decortication und vollständige Neumodellierung der Nase, wie sie schon von *Hebra* ausgeführt wurde. Transplantationen hinterher, wie sie *Kromayer*[10] angiebt, braucht man gar nicht zu machen. In allen unseren Fällen geschah die Überhäutung von Epithelresten aus, welche von den Talgdrüsen in der Cutis herrührten. Dagegen muss man die Granulationen mit Lapis zurückhalten und wird dann stets ein kosmetisch zufriedenstellendes Resultat erzielen.

Wir sind also in letzter Zeit folgendermassen verfahren und möchten auch für die Folge dieses Verfahren bevorzugen als in kurzer Zeit zum Ziele füh-

---

[7] Monatsheft für prakt. Dermatologie. Band XIV pag. 118.

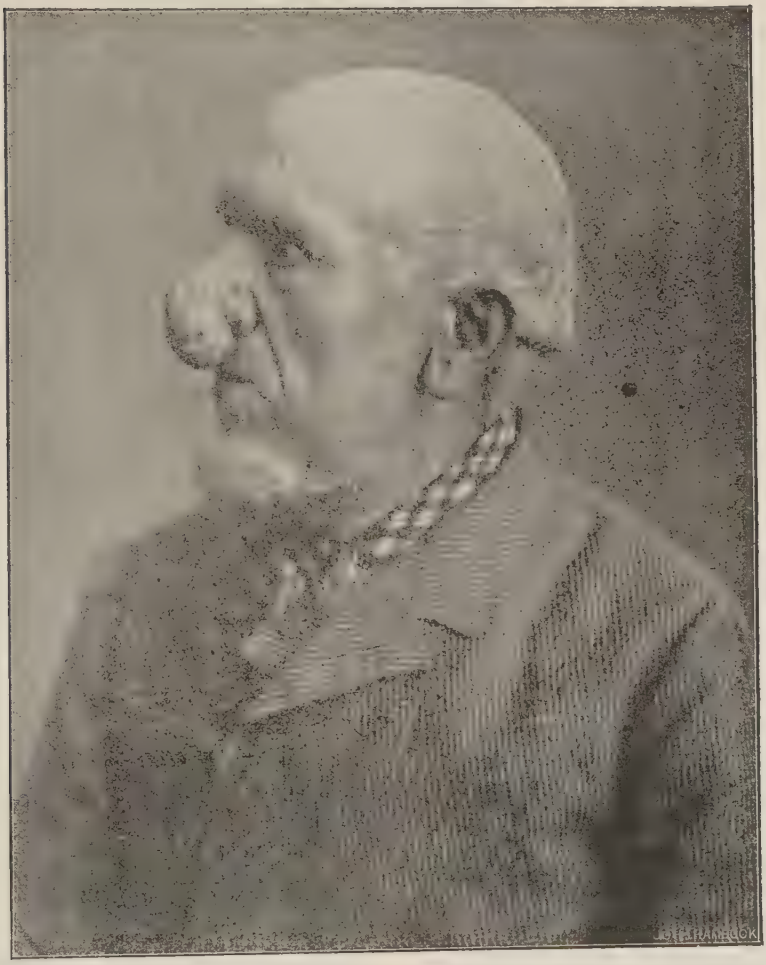
[8] Monatsheft für prakt. Dermatologie. Band XIII pag. 533.

[9] Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band XXXVI pag. 437.

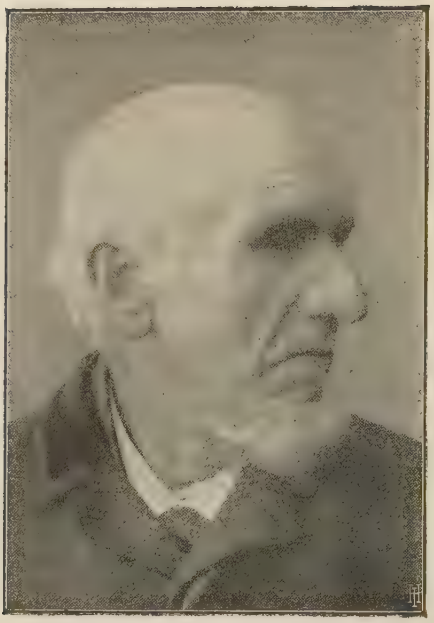
[10] Dermatologische Zeitschrift Bd. II. Berlin 1895. pag. 76.

rend; zudem ist es schonend und leistet, was die Verhütung eines Recidivs anlangt, das Beste.

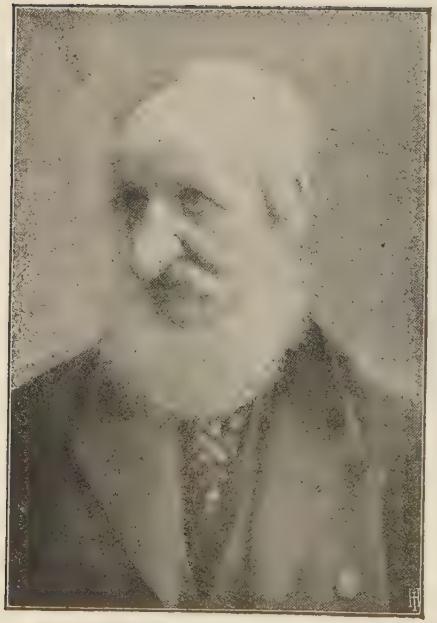
Die Patienten werden tief narkotisiert, dann geht man mit dem Finger zunächst in den einen Nasengang und trägt mit dem Scalpell sämmtliche Protuberanzen ab, dieselbe Procedur wiederholt sich auf der anderen Seite. Die meistens sehr starke Blutung wird dann vollständig mit dem Flachbrenner des Paquelin gestillt. Man hat nun Zeit, in aller Ruhe zu revidieren, ob noch irgendwo Erhebungen respektive Geschwulstreste vorhanden sind; es kommt nämlich leicht vor, dass die hypertrophischen Partieen an der Stelle, wo die äussere Haut in das Naseninnere übergeht, infolge der Blutung übersehen werden. Durch die Cauterisation bekommt man das Operationsfeld rein und übersichtlich für die Beseitigung noch stehen gebliebener Reste. Das kosmetische Dauerresultat fällt um so besser aus, je gründlicher man die Tumoren entfernt hat. Ein bestimmtes Schema für die Nachbehandlung, nachdem sich der Schorf abgestossen hat, braucht man nicht aufzustellen. Man kommt mit der Anwendung von Salben, von antiseptischen Lösungen und Pudern zum Ziele. Bedingung ist es, dass man dafür Sorge trägt, jegliche excessive Granulationswucherung energisch zurückzuhalten.



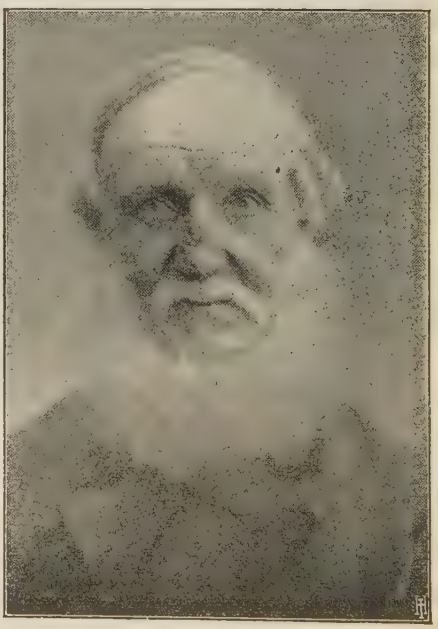
I. Fall vor der Operation.



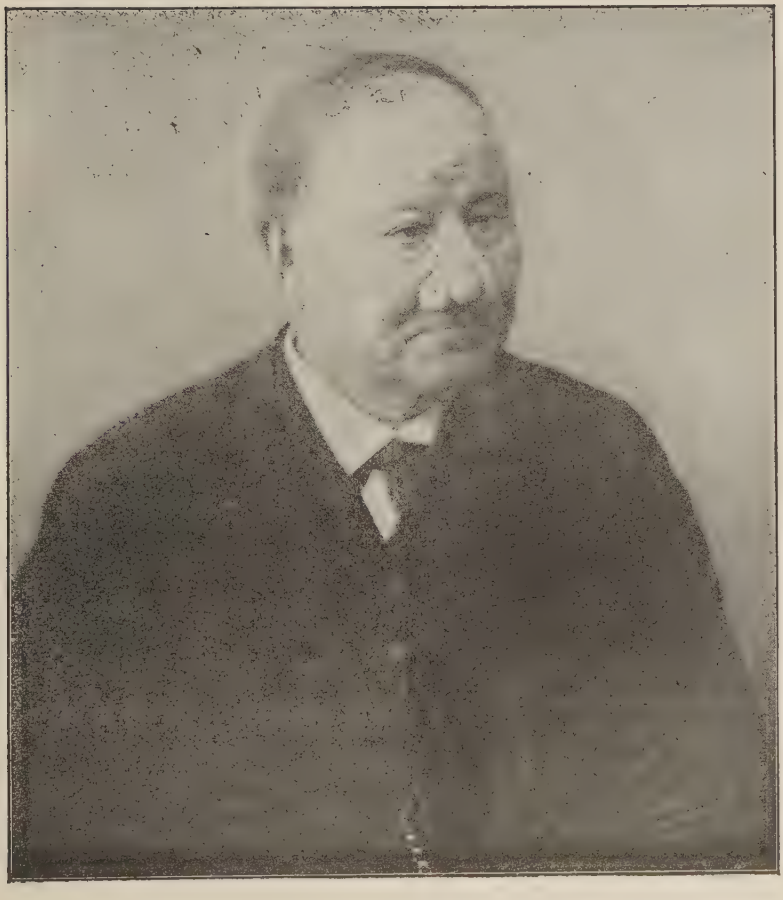
I. Fall nach der Operation.



II. Fall vor der Operation.

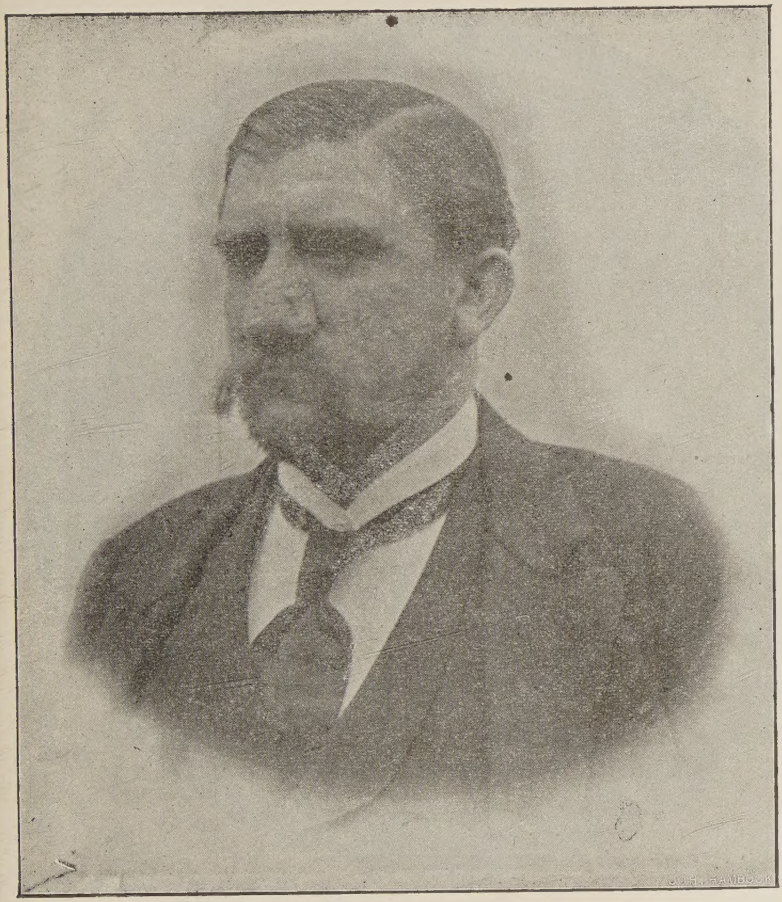


II. Fall nach der Operation.



III. Fall vor der Operation.

III. Fall nach der Operation.



IV. Fall (Recidiv) vor der Operation.

Mikroskopisches Präparat.